

ABCES HEPATIQUE

INTRODUCTION :

- Les abcès du foie sont des suppurations développées dans une cavité hépatique néoformée.
- Leurs causes sont dominées par les infections biliaires ascendantes.
- L'âge moyen est de 60 ans environ et les hommes sont aussi fréquemment atteints que les femmes.

Anatomopathologie

- unique ou multiple
- cavité néoformée créée par la nécrose du parenchyme hépatique
- peuvent être superficiels, sous capsulaires, péri hépatique, ou profonds, enchâssés dans le parenchyme.
- lobe droit : deux tiers des cas

PHYSIOPATHOLOGIE

déséquilibre, diabète, cancer, immunodépression, alcoolisme, corticothérapie, cirrhose, foie cardiaque...

A. Mode de contamination : des abcès non parasitaires

1-Causes biliaires : cancers des voies biliaires, lithiase biliaire, anastomose biliodigestive, cathétérisation des voies biliaires.

2-Causes portales :

- Bénignes : diverticulite, suppuration anorectale, suppuration postopératoire, entérocolites inflammatoires, perforation digestive, appendicite, salpingite, abcès pancréatique.
- Malignes : cancer colique ou gastrique infecté.

3-Causes artérielles : Septicémies (endocardite), infection urogénitale, dentaire, ORL, cutanée, ostéomyélitique.

4-Abcès par contiguité : Abcès sous-phrénique, sous-hépatique, cholécystite aiguë.

5-Abcès post-traumatique : Traumatisme ouvert ou fermé"

6-Abcès cryptogénétique

B. Germes responsables :

- **Aérobies à Gram -** : E coli, klebsiella, Pseudomonas, salmonella...

- **Aérobies à Gram +** : Strepto A, D, Staphylocoque

- **Anaérobies** : Bacteroides fragilis, Streptocoques....

- **Polymicrobisme** : abcès stérile, mycose

- **Germes particuliers** : Bacille de koch, Brucella, Yersinia, Pasteurella

DIAGNOSTIC:

A. CLINIQUE : L'association de :

- Fièvre ; (80 à 95 % des cas) Il peut s'agir d'une fièvre de type septicémique en < clochers avec frissons ou, au contraire, d'une fièvre au long cours).

- Douleurs de l'hypocondre droit

- Altération de l'état général +++ : asthénie, anorexie, amaigrissement, sensation de malaise, sueurs nocturnes, troubles psychiques. Nausées et vomissements

B-Examen clinique :

o Une hépatomégalie douloureuse à la palpation est présente plus d'une fois sur deux.

o L'examen clinique général peut renseigner sur la porte d'entrée.

o L'ictère est inconstant (20 à 50 % des cas)

o On peut retrouver un syndrome pleurétique de la base droite.

- o Dans les formes septicémiques, une splénomégalie peut exister.
- o L'ascite, rarement associée aux abcès du foie, peut être en rapport avec un cancer sous-jacent.

C-BIOLOGIE :

- o Un syndrome inflammatoire intense est habituel avec une hyperleucocytose à prédominance neutrophile. une anémie de survenue inconstante, une élévation CRP et de la VS, une hypergammaglobulinémie et une hypoalbuminémie.
- o L'élévation des phosphatases alcalines et des transaminases .
- o Une hyperbilirubinémie: 20 à 10 % des cas.
- o Un taux de prothrombine allongé est rapporté.

D-EXAMENS MORPHOLOGIQUES :

1) ASP :

- o Une ascension de la coupole diaphragmatique droite en cas d'abcès du dôme hépatique.
- o Des anomalies de la base pulmonaire droite : épanchement pleural, aspect de pleuro-pneumopathie, atélectasie.
- o Des clartés gazeuses mais rarement une image hydro-aérique intra-hépatique pathognomonique.

2) Échoeraphie :

- o La forme et la taille des AF sont très variables.
 - o Leur échogénicité dépend du stade évolutif de l'abcès.
- Au début de sa formation, l'AF présente des limites imprécises et fait diagnostic différentiel avec les tumeurs solides.
- L'examen échographique détecte parfois, une dilatation des voies biliaires ou une cholécystite aiguë.

3) Tomodensitométrie :

- o Plus sensible que l'échographie.
- Sans injection :** des masses hypodenses, hétérogènes, de densité variable en raison de leur contenu variable en fibrine, leucocytes dégénérés et séquestres nécrotiques.

Lors de l'injection du produit de contraste :

- o La paroi constitue une zone transitionnelle de densité intermédiaire entre la cavité et le foie normal.
- o Son épaisseur varie, comme à l'échographie
- o Cette coque peut être soulignée en périphérie par un halo hypodense d'oedème (un aspect évocateur de cible).
- o Le seul signe pathognomonique de l'AF est la présence de clartés gazeuses internes.

4) IRM:

- o N'apporte pas d'éléments supplémentaires à l'échographie ou au scanner"

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

I. Abcès amibien :

Le diagnostic repose sur la sérologie spécifique et la découverte d'amibes dans les selles ou le liquide de ponction de l'abcès, couleur << **chocolat** >>.

2- Autres abcès parasitaires du foie :

- o Il peut s'agir d'abcès parasitaires (distomatose, larvæ migrans) ou fongiques (candidose, aspergillose) en particulier chez les immunodéprimés.
- o Le diagnostic repose sur le contexte clinique et la ponction de l'abcès.

3. Kyste hydatique :

La surinfection bactérienne est également possible, en particulier en cas de fistule biliokystique

4. Kystes biliaires :

- sont habituellement asymptomatiques.
 - ces kystes ne nécessitent aucun traitement en dehors des rares complications.
- o L'une d'elles est la surinfection, exceptionnelle, certes, mais réalisant un tableau d'AF aigu"

5. Maladie de Caroli :

- o Elle peut simuler des AF.
- o Tableau d'angiocholite à répétition avec des dilatations kystiques et communicantes des voies biliaires intra hépatiques

6. Tumeurs du foie :

- o Ces tumeurs peuvent être par ailleurs nécrosées, voire surinfectées
- o La ponction avec étude cytologique peut faire le diagnostic.

Traitement

- **Antibiothérapie**
- **Traitement chirurgical**
- **Traitement percutané**
- **Traitement étiologique**